

	<b>Geste invasif chez un patient traité par dabigatran Pradaxa®</b> ½ vie~13h (patient non insuffisant rénal)	
<b>Posologie</b>	<i>Prévention chir ortho :</i> 150 ou 220 mg (1 prise/j)	<i>Fibrillation atriale :</i> 110 mg x2 ou 150 mg x2 (2 prises/j)
<b>Données indispensables</b>	<b>Heure d'administration, dose, nombre de prises et heure de prélèvement</b>	
<b>Procédure invasive non urgente</b>	Cf proposition GIHP/GEHT de prise en charge ci-dessous Bilan d'hémostase : non recommandé, envisageable si clairance de la créatinine (Cockcroft) < 50 mL/min ( <i>cf infra</i> )	
<b>Procédure invasive urgente</b>	<b>Bilan biologique :</b> TP, TCA, anti-IIa = Hemoclot®, créatinine (Cockcroft)	
	<b>anti-IIa &lt; 30 ng/mL</b> et TP, TCA normaux <b>anti-IIa &lt; 30 ng/mL</b> et TP (<70%) +/-TCA (>1,20)	faire la procédure non lié au dabigatran=> exploration classique
	<b>30 ng/mL &lt; anti-IIa ≤ 200 ng/mL</b>	pas de ponction lombaire attendre jusqu'à 12h puis nouveau dosage <b>ou</b> si délai incompatible avec l'urgence, opérer, si saignement anormal : CCP 25-50 UI/kg
	<b>200 ng/mL &lt; anti-IIa ≤ 400 ng/mL</b>	pas de ponction lombaire attendre 12-24h et répéter le dosage <b>ou</b> si délai incompatible avec l'urgence discuter la dialyse opérer, si saignement anormal : CCP 25-50 UI/kg
	<b>anti-IIa &gt; 400 ng/mL</b>	situation de surdosage : risque hémorragique +++ discuter la dialyse avant la procédure

*Selon les propositions du GIHP (Nov 2012)*

CPP = PPSB = Confidex® = Kanokad® = Octaplex®

Biologiste : 12325 ou 11978

Anesthésiste : 48551 ou 13105 ou 13911

**Si pas de procédure invasive prévue, ni saignement :** pas d'indication à un bilan d'hémostase lié à la prise de dabigatran

<b>Geste invasif chez un patient traité par rivaroxaban Xarelto®</b> ½ vie~9h (patient non insuffisant rénal)									
<b>Posologie</b>	<p><i>Prévention chir ortho :</i> 10 mg (1 prise/j)</p> <p><i>Fibrillation atriale :</i> 15 ou 20 mg en 1 prise <i>Traitement de la TVP et EP :</i> 15mg x2 (2 prises/j pendant 21j) puis 20 mg (1 prise/j)</p>								
<b>Données indispensables</b>	<b>Heure d'administration, dose, nombre de prises et heure de prélèvement</b>								
<b>Procédure invasive non urgente</b>	Cf proposition GIHP/GEHT de prise en charge ci-dessous Bilan d'hémostase : non nécessaire, envisageable si clairance de la créatinine (Cockcroft) < 50 mL/min ( <i>cf infra</i> )								
<b>Procédure invasive urgente</b>	<b>Bilan biologique :</b> TP, TCA, anti-Xa rivaroxaban, créatinine (Cockcroft)								
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><b>anti-Xa &lt; 30 ng/mL</b> et TP, TCA normaux <b>anti-Xa &lt; 30 ng/mL</b> et et TP (&lt;70%) +/-TCA (&gt;1,20)</td> <td style="width: 50%;">faire la procédure non lié au rivaroxaban =&gt; exploration classique</td> </tr> <tr> <td><b>30 ng/mL &lt; anti-Xa ≤ 200 ng/mL</b></td> <td>pas de ponction lombaire attendre jusqu'à 12h puis nouveau dosage <b>ou</b> si délai incompatible avec l'urgence, opérer, si saignement anormal : CCP 25-50 UI/kg</td> </tr> <tr> <td><b>200 ng/mL &lt; anti-Xa ≤ 400 ng/mL</b></td> <td>pas de ponction lombaire attendre 12-24h et répéter le dosage <b>ou</b> si délai incompatible avec l'urgence opérer, si saignement anormal : CCP 25-50 UI/kg</td> </tr> <tr> <td><b>anti-Xa &gt; 400 ng/mL</b></td> <td>situation de surdosage : risque hémorragique +++</td> </tr> </table>	<b>anti-Xa &lt; 30 ng/mL</b> et TP, TCA normaux <b>anti-Xa &lt; 30 ng/mL</b> et et TP (<70%) +/-TCA (>1,20)	faire la procédure non lié au rivaroxaban => exploration classique	<b>30 ng/mL &lt; anti-Xa ≤ 200 ng/mL</b>	pas de ponction lombaire attendre jusqu'à 12h puis nouveau dosage <b>ou</b> si délai incompatible avec l'urgence, opérer, si saignement anormal : CCP 25-50 UI/kg	<b>200 ng/mL &lt; anti-Xa ≤ 400 ng/mL</b>	pas de ponction lombaire attendre 12-24h et répéter le dosage <b>ou</b> si délai incompatible avec l'urgence opérer, si saignement anormal : CCP 25-50 UI/kg	<b>anti-Xa &gt; 400 ng/mL</b>	situation de surdosage : risque hémorragique +++
	<b>anti-Xa &lt; 30 ng/mL</b> et TP, TCA normaux <b>anti-Xa &lt; 30 ng/mL</b> et et TP (<70%) +/-TCA (>1,20)	faire la procédure non lié au rivaroxaban => exploration classique							
	<b>30 ng/mL &lt; anti-Xa ≤ 200 ng/mL</b>	pas de ponction lombaire attendre jusqu'à 12h puis nouveau dosage <b>ou</b> si délai incompatible avec l'urgence, opérer, si saignement anormal : CCP 25-50 UI/kg							
<b>200 ng/mL &lt; anti-Xa ≤ 400 ng/mL</b>	pas de ponction lombaire attendre 12-24h et répéter le dosage <b>ou</b> si délai incompatible avec l'urgence opérer, si saignement anormal : CCP 25-50 UI/kg								
<b>anti-Xa &gt; 400 ng/mL</b>	situation de surdosage : risque hémorragique +++								

*Selon les propositions du GIHP (Nov 2012)*

CPP = PPSB = Confidex® = Kanokad® = Octaplex®

Biologiste : poste 12325 ou 11978

Anesthésiste : 48551 ou 13105 ou 13911

**Si pas de procédure invasive prévue, ni saignement :** pas d'indication à un bilan d'hémostase lié à la prise de rivaroxaban

<b>Prise en charge d'un saignement chez un patient traité par dabigatran Pradaxa<sup>®</sup>, rivaroxaban Xarelto<sup>®</sup></b>	
<b>Hémorragie aiguë</b> dans un organe critique (intracérébral, sous dural aigu, oculaire...) ou menaçant le pronostic vital	CCP 50 UI/kg ou Feiba <sup>®</sup> 30-50 UI/kg
<b>Autre hémorragie grave</b> (définition HAS 2008) Documenter la prise de rivaroxaban ou dabigatran :	
<b>anti-IIa Hémoctot (dabigatran) &lt; 30 ng/mL</b> <b>anti-Xa (rivaroxaban) &lt; 30 ng/mL</b>	hémorragie non imputable au dabigatran ou rivaroxaban, pas de traitement spécifique
<b>anti-IIa Hémoctot (dabigatran) &gt; 30 ng/mL</b> <b>anti-Xa (rivaroxaban) &gt; 30 ng/mL</b>	discuter CCP 25-50 UI/kg ou Feiba <sup>®</sup> 30 UI/kg

*Selon les propositions du GIHP (Nov 2012)*

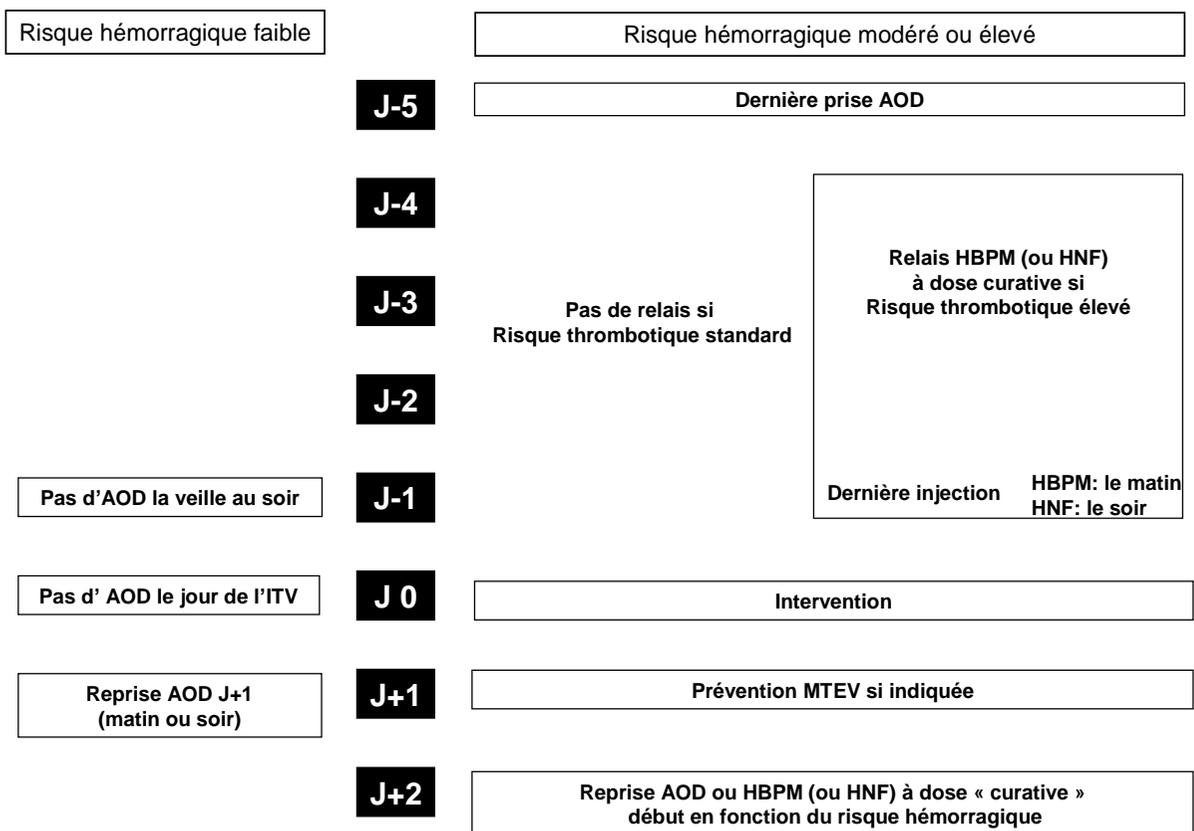
CCP = PPSB = Confidex<sup>®</sup> = Kanokad<sup>®</sup> = Octaplex<sup>®</sup>

Biologiste : poste 12325 ou 11978

Anesthésiste : 48551 ou 13105 ou 13911

**Prise en charge d'un patient traité par dabigatran, rivaroxaban, ou apixaban et nécessitant une procédure invasive non urgente**

Protocole d'arrêt et de reprise d'un AOD pour une chirurgie ou acte invasif à faible risque hémorragique ou à risque hémorragique modéré ou élevé. En cas de relais par une héparine (situation B), aucun chevauchement entre les 2 anticoagulants n'est autorisé, ni en pré-, ni en post-opératoire (Sié P *et al*, Ann Fr Anesth Reanim. 2011).



\* l'aspirine ne modifie pas le schéma